



2023

Referenzbericht

Sophien- u. Hufeland-Klinikum gGmbH, psychiatr.-psychotherap.

Tagesklinik Apolda

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das
Jahr 2023

| | |
|--------------------------|------------|
| Übermittelt am: | 13.12.2024 |
| Automatisch erstellt am: | 23.01.2025 |
| Layoutversion vom: | 23.01.2025 |



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|----|
| - | Einleitung | 3 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 4 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 4 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 5 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 5 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 6 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 7 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 8 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 9 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 10 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 10 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 10 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 14 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 25 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 25 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 27 |
| B-1 | Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) | 27 |
| C | Qualitätssicherung | 34 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 34 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 35 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 36 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 36 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 36 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 36 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 36 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 37 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) | 38 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 50 |
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 51 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 51 |



- Einleitung

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: Saatmann GmbH
Produktname: Saatmann Qualitätsbericht
Version: 2024.4

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Katrin Schwarz
Telefon: 03643/57-2167
Fax: 03643/57-2002
E-Mail: k.schwarz@klinikum-weimar.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Tomas Kallenbach
Telefon: 03643/57-2000
Fax: 03643/57-2002
E-Mail: sekretariat@klinikum-weimar.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.klinikum-weimar.de>
Link zu weiterführenden Informationen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH
Hausanschrift: Henry-van-de-Velde-Straße 2
99425 Weimar
Postanschrift: Postfach 2017
99401 Weimar
Institutionskennzeichen: 261600952
URL: <http://www.klinikum-weimar.de>
Telefon: 03643/57-0
E-Mail: info@klinikum-weimar.de

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christof Lascho, D.E.A.A., MHBA
Telefon: 03643/57-1800
Fax: 03643/57-1802
E-Mail: C.Lascho@klinikum-weimar.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: Diana Fiedler
Telefon: 03643/57-2225
Fax: 03643/57-2222
E-Mail: pdl@klinikum-weimar.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Tomas Kallenbach
Telefon: 03643/57-2000
Fax: 03643/57-2002
E-Mail: Sekretariat@klinikum-weimar.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Sophien- u. Hufeland-Klinikum gGmbH, psychiatr.-psychotherap. Tagesklinik Apolda
Hausanschrift: Darrplatz 1
99510 Apolda
Institutionskennzeichen: 261600952
Standortnummer: 771940000
Standortnummer alt: 02
URL: <http://www.klinikum-weimar.de>

Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Thomas Jochum
Telefon: 03643/57-1400
Fax: 03643/57-1402
E-Mail: psychiatrie@klinikum-weimar.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: Diana Fiedler
Telefon: 03643/57-2225
Fax: 03643/57-2222
E-Mail: pdl@klinikum-weimar.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Tomas Kallenbach
Telefon: 03643/57-2000
Fax: 03643/57-2002
E-Mail: Sekretariat@klinikum-weimar.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH
Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
Lehrkrankenhaus: Ja
Name Universität: Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Angehörigenbetreuung, -beratung u. Angehörigenseminare sind klinikenübergreifender Bestandteil ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit. |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Eine ausführliche Beratung über Arbeitsplatzanpassung, Evaluierung der Erwerbsfähigkeit hinsichtlich konditioneller Fähigkeiten ist möglich. Die Durchführung von Tauglichkeitsuntersuchungen ist gegeben. |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | Bewegungstherapie (Kommunikative Bewegungstherapie, Körperwahrnehmung, Spaziergänge) |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Der individuelle Pflegebedarf des Patienten wird frühzeitig ermittelt, um alle weiteren notwendigen Maßnahmen noch während des Aufenthaltes treffen u. einleiten zu können. Die Planung der Entlassung erfolgt in Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegedienst, der Pflegeüberleitung und des Sozialdienstes. |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | Ergotherapie unterstützt u. begleitet Patienten, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in Bereichen der Selbstversorgung, Produktivität u. Freizeit in ihrer Umwelt zu stärken. |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | Ein spezielles Case Management oder Bezugspflege werden in verschiedenen Fachbereichen angewendet. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|---|
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Das Spektrum psychologischer und psychotherapeutischer Leistungsangebote wird über die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie angeboten. Deren Sozialdienst gewährleistet die Zusammenarbeit mit Komplementärinstitutionen der Region (Arbeits-/Sozialamt, Suchtberatung, Selbsthilfegruppen). |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training) |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Patienten oder Angehörige können sich im Gespräch mit dem Sozialdienst über sämtliche Angebote von Selbsthilfegruppen der Region Thüringen informieren. Zudem werden Patienten mit entsprechendem Krankheitsbild von den behandelnden Klinikärzten auf Selbsthilfegruppen hingewiesen. |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung | Das Angebot der Arbeitserprobung besteht für Patienten mit pflegerischem Ausbildungshintergrund. |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP63 | Sozialdienst | Sozialtherapeutische Beratung |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Die Mitarbeitenden des Sozialdienstes stehen hierfür zur Verfügung. Zudem gibt es regelmäßige Pflegestammtische mit stationären und ambulanten Partnern zur Evaluierung des Entlassungsmanagements, insbes. auch bezüglich der Pflegeüberleitung und kontinuierlichen allgemeinen Nachsorge. |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Besondere Ausstattung des Krankenhauses | | | |
|---|------------------|------|-----------|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

| | | | |
|------|---|---|--|
| NM69 | Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | http://www.klinikum-weimar.de | |
|------|---|---|--|

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|---|---|
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | http://www.klinikum-weimar.de | Die Klinikseelsorgerinnen und Klinikseelsorger bieten neben Gesprächen auch die Begleitung Sterbender und Trauernder an. Die Mitarbeiter der Seelsorge sind 24 Stunden am Tag erreichbar. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | http://www.klinikum-weimar.de | Informationsveranstaltungen für die allgemeine Öffentlichkeit werden über die Klinik-Homepage, Plakate bzw. Hinweise in der Tagespresse angekündigt. |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | http://www.klinikum-weimar.de | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name: | Diana Fiedler |
| Telefon: | 03643/57-2225 |
| Fax: | 57/03643-2222 |
| E-Mail: | pdl@klinikum-weimar.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|-----------|
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

| | | |
|------|---|--|
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|--|
| BF25 | Dolmetscherdienste | Bei sprachlichen Besonderheiten bzw. bei Bedarf arbeitet das Klinikum mit einem Anbieter für Telefon- und Videodolmetscherleistungen zusammen, um Verständigungsbarrieren im Rahmen der medizinischen Versorgung zu erleichtern und somit einen Informationsdefizit vorzubeugen. |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|---|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | Lehrbeauftragung an der Friedrich-Schiller-Universität Jena |

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|---|
| FL02 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen | Studienkurs "Sozialpsychiatrie (SSP) an der Fachhochschule Erfurt |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 17

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|--|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 73 |
| Ambulante Fallzahl: | 928 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB): | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,08 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,08 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,77 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,31 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,05 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,05 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,55 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,50 | |

Belegärztinnen und Belegärzte

| | | |
|--------|---|--|
| Anzahl | 0 | |
|--------|---|--|

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,76 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,76 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,62 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,14 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,88 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

A-11.3 **Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik**

A-11.3.1 **Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal**

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,80 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,80 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,80 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,98 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,98 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,53 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,45 | |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,88 | |

Ergotherapeuten

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,55 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,55 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,72 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,83 | |

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,90 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,10 | |

A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

Genesungsbegleitung

| | | |
|-----------------|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,00 | |
|-----------------|------|--|

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name: | Katrin Schwarz |
| Telefon: | 03643/57-2167 |
| Fax: | 03643/57-2002 |
| E-Mail: | qm@klinikum-weimar.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|--|---|
| Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: | Die Qualitätsprozesse werden durch verschiedene Arbeitsgruppen erarbeitet und von der Steuerungsgruppe überprüft und im Krankenhaus etabliert. Über die Steuerungsgruppe wird das gesamte Projektmanagement in den verschiedenen Ebenen und Fachbereichen strukturiert und gelenkt. |
| Tagungsfrequenz: | monatlich |



A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Klinischer Risikomanager |
| Titel, Vorname, Name: | Sebastian Hoffmann |
| Telefon: | 03643/57-1800 |
| Fax: | 03643/57-1802 |
| E-Mail: | risikoteam@klinikum-weimar.de |

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

| | |
|--|--|
| Lenkungsgremium eingerichtet: | Ja |
| Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: | Das Risikoteams regelt alle Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Verfahrensabläufe im Rahmen des klinischen Risikomanagements. Ziel des Risikoteams ist der Ausbau und Umsetzung eines transparenten und offenen Risikomanagementsystems, welches die Gestaltung des QM-Systems ergänzt. |
| Tagungsfrequenz: | monatlich |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | QM/RM-Dokumentation vom 15.02.2023 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | QM/RM-Dokumentation vom 15.02.2023 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Schmerzmanagement vom 08.12.2023 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Sturzprophylaxe vom 06.02.2020 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Dekubitusprophylaxe vom 10.08.2020 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Verfahrensweisung: Hochaggressiver Patient vom 15.02.2023 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | VA Errichten, Betreiben und Anwenden von aktiven Medizinprodukten vom 15.02.2023 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel Komplikationsbesprechungen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | QM/RM-Dokumentation vom 15.02.2023 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|--|--|
| Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | monatlich |
| Maßnahmen: | Unser internes Fehlermeldesystem trägt dazu bei fehlerbegünstigende Faktoren zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, um die Patientensicherheit zu stärken. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|------|--|--|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 22.03.2024 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Ärztlicher Direktor
 Titel, Vorname, Name: Priv.-Doz. Dr. med. habil. Olaf Bach
 Telefon: 03643/57-3005
 Fax: 03643/57-2002
 E-Mail: o.bach@klinikum-weimar.de

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|---|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker | 2 | Die Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH wird durch zwei Krankenhaushygieniker und ein externes Beratungszentrum betreut. Dies schließt die Tagesklinik Apolda ein. |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 | Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über einen hygienebeauftragten Arzt, der ebenso für die Tagesklinik Apolda zuständig ist. |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 3 | Der Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH stehen 4 Mitarbeitende im Bereich der Hygiene zur Verfügung. Davon 3 Hygienefachkräfte und 1 Hygienefachkraft in Ausbildung, die ebenso für die Tagesklinik Apolda zuständig sind. |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 1 | Die Tagesklinik Apolda wird durch eine qualifizierte Link nurse betreut. |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

A-12.3.2.2 Antibiotikaphylaxe Antibiotikatherapie

Standortsspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe nicht nötig ist.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt, wodurch ein standortsspezifischer Standard zur Wundversorgung nicht nötig ist.

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

| Haendedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|---|---|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | nein |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben. |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist. |

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

| MRE | |
|--|------|
| Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke | ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen | nein |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten | ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|---------------|---------------|
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | |

A-12.4 **Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | ja | Bereits seit Beginn der QM-Aktivitäten in 2007 wurde ein strukturiertes Beschwerdemanagement implementiert. In dieses System sind sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregung und Beschwerde eingebunden. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | ja | Ein schriftliches und verbindliches Konzept für alle Bereiche des Klinikums liegt vor und wird laufend aktuellen Erfordernissen angepasst. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | ja | Alle unsere Mitarbeitenden nehmen Anregungen, Lob und Beschwerden entgegen. Es ist unser Bestreben, individuelle Wünsche, Ansprüche sowie Bedürfnisse, soweit möglich, zu realisieren. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | ja | Jeder Patient hat die Möglichkeit seine Anliegen schriftlich zu formulieren, diese anonym in einen zentralen Briefkasten im Empfangsbereich zu geben oder gezielt an einen Ansprechpartner zu richten. Bearbeitungswege sind hierbei klar definiert. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | ja | Rückmeldungen an den Beschwerdeführer liegen innerhalb einer festgelegten Frist (15 Werktage), vorausgesetzt, Kontaktdaten liegen vor. Für den Fall, dass sich die Rückmeldung verzögert, erhält der Beschwerdeführer eine Zwischenmeldung. |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | ja | Ein Kontaktformular steht auf unserer Homepage für anonyme Beschwerden zur Verfügung. |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | ja | Patientenbefragungen werden klinikumsweit jährlich für 2 Monate als Direktbefragung durchgeführt. Zertifizierte Zentren befragen ihre Patienten kontinuierlich. |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | ja | Einweiserbefragungen werden im 3-Jahres-Rhythmus durchgeführt. |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement



Position: Assistent der Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name: Andreas Synaczek
Telefon: 03643/57-3007
Fax: 03643/57-2002
E-Mail: Sekretariat@klinikum-weimar.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <http://www.klinikum-weimar.de>
Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name: Alexander Castell
Telefon: 01511/6211873
E-Mail: ombudsmann@klinikum-weimar.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: <http://www.klinikum-weimar.de>

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: <http://www.klinikum-weimar.de>

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: <http://www.klinikum-weimar.de>

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Leitung Zentralapotheke |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. rer. nat. Dipl.-Pharm. Dirk Keiner |
| Telefon: | 03643/57-3500 |
| Fax: | 03643/57-3501 |
| E-Mail: | D.Keiner@klinikum-weimar.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 3

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 5

Erläuterungen: Der Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH stehen außerdem weitere 3,98 VK Vollkräfte (Nichtpharmazeutisches Personal) im Bereich der Apotheke zur Verfügung, die ebenso für die Tagesklinik Apolda zuständig sind.

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z.B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo3 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese

Unit-Dose-Verfahren (Baxter)

16.10.2019

Erläuterungen

Prüfung der Hausarztmedikation nach Wechselwirkungen bei Erstellung der Klinikmedikation im Unit-Dose-Verfahren.

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo4 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo6 SOP zur guten Verordnungspraxis

QM/RM-Dokumentation

15.02.2023

Erläuterungen

Klinikumsweit wird Orbis-Medication und im Bereich der Onkologie die Software "ChemoCompile" eingesetzt.

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo7 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Herstellung von Perfusoren und Spritzen in der Apotheke (Schmerz, Gerinnung, Ernährung)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)

Unit-Dose-Verfahren (Baxter)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Fallbesprechungen

einrichtungsinterne Fehlermeldesystem (CIRS)

Vermeidung von Arzneimittelverwechslungen (Sound-a-like, Look-a-like)

Fallanfragen an die Apotheker (Therapieoptimierung)

Berücksichtigung bei der AM-Listung (AMK), Optimierung im Unit-Dose-Prozess, abteilungsspezifische Fallanfragen, CIRS

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

Erstellung der Entlassmedikation über Orbis-Medication und Unit-Dose



A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?: ja

Kommentar:

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Versorgung Kinder Jugendliche

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.



A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenaerztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenaerztlichen Vereinigung eingebunden: nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"

Fachabteilungsschlüssel: 2960

Art: Allgemeine
Psychiatrie/Tages-
klinik (für
teilstationäre
Pfleagesätze)

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt

Titel, Vorname, Name: Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Jochum

Telefon: 03643/57-1400

Fax: 03643/57-1402

E-Mail: psychiatrie@klinikum-weimar.de

Anschrift: Darrplatz 1
99510 Apolda

URL: <http://www.klinikum-weimar.de>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | | |
|--|--|------------------|
| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| | | |
|------|---|--|
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 73 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Psychiatrische Institutsambulanz | |
|--|--|
| Ambulanzart: | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02) |
| Kommentar: | Die Psychiatrische Institutsambulanz bietet folgende Spezialangebote: Gruppenangebote für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Patienten mit schizophrenen Erkrankungen |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,08 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,08 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,77 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,31 | |
| Fälle je Vollkraft | 0,00000 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,05 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,05 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,55 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,50 | |
| Fälle je Vollkraft | 0,00000 | |

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|---|
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | Für dieses Fachgebiet besteht eine Weiterbildungsermächtigung von 4 Jahren. |
| AQ53 | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|---|-----------|
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003) | |

B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|--|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,76 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,76 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,62 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,14 | |
| Fälle je Anzahl | 0,00000 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,88 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |
| Fälle je Anzahl | | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|--|
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | Die Tagesklinik Apolda wird durch eine qualifizierte Link nurse betreut. |
| PQ20 | Praxisanleitung | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,80 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,80 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,80 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,00 | |
| Fälle je Anzahl | | |

| Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten | | |
|---|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,98 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,98 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,53 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,45 | |
| Fälle je Anzahl | 0,00000 | |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)

| | | |
|---|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,88 | |
| Fälle je Anzahl | 0,00000 | |

Ergotherapeuten

| | | |
|---|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,55 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,55 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,72 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,83 | |
| Fälle je Anzahl | 0,00000 | |

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

| | | |
|---|---------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,90 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,10 | |
| Fälle je Anzahl | 0,00000 | |

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

| Leistungsbereich DeQS | Fallzahl | von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|--|----------|-----|---------------------|----------------------------|-----------|
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 85 | | 100 | 0 | |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 27 | | 100 | 0 | |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 7 | | 100 | 0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | 14 | | 100 | 0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | 4 | | 100 | 0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 8 | | 100 | 0 | |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 10 | | 100 | 0 | |
| Gynäkologische Operationen (15/1) | 712 | | 100 | 0 | |
| Geburtshilfe (16/1) | 848 | | 100 | 0 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) | 69 | | 100 | 0 | |
| Mammachirurgie (18/1) | 9 | | 100 | 0 | |
| Cholezystektomie (CHE) | 166 | | 100 | 0 | |
| Dekubitusprophylaxe (DEK) | 173 | | 100,58 | 0 | |
| Herzchirurgie (HCH) | 0 | | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) | 0 | HCH | | 0 | |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) | 0 | HCH | | 0 | |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 276 | | 100 | 0 | |

| Leistungsbereich DeQS | Fallzahl | von | Dokumen- tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|--|----------|------|-------------------------|----------------------------------|-----------|
| Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) | 244 | HEP | 100 | 0 | |
| Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) | 34 | HEP | 100 | 0 | |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM) | 0 | | | 0 | |
| Zähleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen (HTXM_MKU) | 0 | HTXM | | 0 | |
| Zähleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | HTXM | | 0 | |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 200 | | 100 | 0 | |
| Zähleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 179 | KEP | 100 | 0 | |
| Zähleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | 22 | KEP | 100 | 0 | |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | | 0 | |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | | 0 | |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | | 0 | |
| Neonatologie (NEO) | 140 | | 100 | 0 | |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | | 0 | |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | 434 | | 100 | 0 | |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 297 | | 100,34 | 0 | |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX) | 0 | | | 0 | |

C-1.2.[-] Ergebnisse der Qualitätssicherung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

| Bezeichnung | Kommentar |
|-------------------------|-----------|
| Diabetes mellitus Typ 2 | |

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V

Strukturqualitätsvereinbarungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|-------|---|-------------------|
| 1 | Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen. | 6 |
| 1.1 | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 2 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 2 |



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]

1. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

| Bezeichnung der Station | Tagesklinik Apolda |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 17 |
| Stationstyp | E = elektive offene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 269 |

| Behandlungsbereich | A8 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 796 |



C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q1]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 805 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 726 |
| Umsetzungsgrad | 90,19 |

| Berufsgruppe | Pflegefachpersonen |
|--|--------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 829 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 949 |
| Umsetzungsgrad | 114,48 |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 446 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 454 |
| Umsetzungsgrad | 101,79 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 428 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 386 |
| Umsetzungsgrad | 90,19 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 148 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 134 |
| Umsetzungsgrad | 90,54 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 190 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 172 |
| Umsetzungsgrad | 90,53 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q2]

2. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q2]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q2]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

| Bezeichnung der Station | Tagesklinik Apolda |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 17 |
| Stationstyp | E = elektive offene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

| | |
|--------------------|---|
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 265 |
| Behandlungsbereich | A8 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär |
| Behandlungsumfang | 702 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q2]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 721 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 678 |
| Umsetzungsgrad | 94,04 |

| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
|--|-------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 761 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 899 |
| Umsetzungsgrad | 118,13 |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 403 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 440 |
| Umsetzungsgrad | 109,18 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|---|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 394 |
| Tatsaechliche Personalausstattung Stunden | 383 |
| Umsetzungsgrad | 97,21 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|---|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 133 |
| Tatsaechliche Personalausstattung Stunden | 126 |
| Umsetzungsgrad | 94,74 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|---|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 174 |
| Tatsaechliche Personalausstattung Stunden | 169 |
| Umsetzungsgrad | 97,13 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]

3. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q3]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

| Bezeichnung der Station | Tagesklinik Apolda |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 17 |
| Stationstyp | E = elektive offene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

| | |
|--------------------|---|
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 267 |
| Behandlungsbereich | A8 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär |
| Behandlungsumfang | 771 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q3]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 782 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 706 |
| Umsetzungsgrad | 90,28 |

| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
|--|-------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 810 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 823 |
| Umsetzungsgrad | 101,61 |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 435 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 428 |
| Umsetzungsgrad | 98,39 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 419 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 390 |
| Umsetzungsgrad | 93,08 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 143 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 130 |
| Umsetzungsgrad | 90,91 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 185 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 167 |
| Umsetzungsgrad | 90,27 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q4]

4. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q4]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

| Bezeichnung der Station | Tagesklinik Apolda |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 17 |
| Stationstyp | E = elektive offene Station |
| Schwerpunkt der Behandlung | A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie |

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 364 |

| Behandlungsbereich | A8 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 621 |

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q4]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

| Berufsgruppe | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 687 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 622 |
| Umsetzungsgrad | 90,54 |

| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
|--|-------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 815 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 905 |
| Umsetzungsgrad | 111,04 |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 403 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 419 |
| Umsetzungsgrad | 103,97 |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 424 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 387 |
| Umsetzungsgrad | 91,27 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 124 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 115 |
| Umsetzungsgrad | 92,74 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 183 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 185 |
| Umsetzungsgrad | 101,09 |

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.



- **Diagnosen zu B-1.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-1.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin
www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).